

Certificación de ausencia continua

Nombre en LETRA DE IMPRENTA del solicitante o receptor de FANF

N.º de caso, si existe

Entiendo que la privación del apoyo y el cuidado de los padres es una condición de elegibilidad para la ayuda de dinero en efectivo del programa Ayuda económica para familias necesitadas (FANF). Acepto informar inmediatamente a la oficina de distrito si alguno de los padres responsables regresa a mi hogar.

- Certifico que el padre y/o madre que se nombra(n) más abajo actualmente ha(n) estado ausente(s) del hogar durante 30 o más días sucesivos y que se prevé que su ausencia continúe:

NOMBRE DEL PADRE Y/O MADRE AUSENTE(S)	NOMBRE DEL PADRE Y/O MADRE AUSENTE(S)

Al seleccionar la declaración de más abajo, entiendo que se debe completar otra Certificación de ausencia continua una vez que el padre y/o madre haya(n) estado ausente(s) del hogar durante 30 días sucesivo, para que me puedan autorizar los beneficios.

- Certifico que el padre y/o madre que se nombra(n) más abajo actualmente ha(n) estado ausente(s) del hogar por menos de 30 días sucesivos, pero se prevé que esté(n) ausente(s) durante 30 o más días ininterrumpidos:

NOMBRE DEL PADRE Y/O MADRE AUSENTE(S)	AUSENTE(S) DESDE	NOMBRE DEL PADRE Y/O MADRE AUSENTE(S)	AUSENTE(S) DESDE

Firma del solicitante o receptor de FANF

Fecha

Devolver a: Centralized Scanning Unit (CSU), P.O. Box 181, Concord, NH 03301